

## Standpunt ethisch comité AZ Rivierenland ivm ethische principes ikv organisatie kritische zorgen gedurende de COVID-19 pandemie

Gebaseerd op de richtlijnen gepubliceerd door de Belgische vereniging van intensieve zorgen en op richtlijnen gepubliceerd door Zorgnet Icuuro.

1. Voorafgaand aan opname in een ziekenhuis is vroegtijdige zorgplanning van reeds kwetsbare patiënten zeer belangrijk. Hierin is de rol van de huisartsen cruciaal. In de mate van het mogelijke wordt best al zoveel mogelijk met patiënten of familie besproken wat er nog gaat/kan gebeuren en wat zij nog willen dat er gebeurt als zij in een levensbedreigende situatie komen. Als er een zorgplan bestaat voor een patiënt die wordt doorgestuurd naar het ziekenhuis voor opname, wordt dit best altijd meegegeven, zodat dit duidelijk is voor alle betrokken artsen. Een voorafgaand zorgplan kan er natuurlijk ook toe leiden dat de beslissing genomen wordt patiënt niet meer te transfereren, maar comfortzorg te bieden in thuis-of rusthuisomgeving. Palliatieve thuiszorgequipes kunnen hier een belangrijke rol spelen. Een patiënt doorsturen naar een overbelast ziekenhuis indien er geen therapeutische meerwaarde kan gegeven worden moet worden vermeden.
2. Spoedgevallen: 3 mogelijke situaties
  - a. Covid patiënt met nood aan intensieve zorgen, geen voorafgaand zorgplan:  
Overleg tussen spoedarts, intensieve arts en familie/huisarts aangewezen, zeker in twijfelgevallen. Ter voorbeeld een 40jarige patiënt zonder comorbiditeit en enkel respiratoire insufficiëntie zal weinig discussie opleveren, maar wat doe je met een 75-jarige patiënt met vrij belangrijke cardiale voorgeschiedenis, acute op chronische nierinsufficiëntie en respiratoire insufficiëntie op moment van presentatie. Hiervoor is nood aan overleg met artsen met ervaring in intensieve setting, om de mogelijke outcome te kunnen inschatten
  - b. Covid patiënt die opgenomen wordt zonder nood aan intensieve zorgen, geen voorafgaand zorgplan:  
Ook bij deze patiënten moet er al vroegtijdig een beslissing genomen worden wat er nog dient te gebeuren bij achteruitgang. Beslissingen op het kritieke moment dienen zoveel mogelijk te worden vermeden.  
Dit overleg gebeurt best op spoedgevallen of in de eerste dagen van de hospitalisatie tussen spoedarts, verantwoordelijke interne Covid arts en huisarts en patiënt/familie.  
Vroegtijdig overleg met inzo arts wordt aangeraden in de 'grijze zone'. In zeer duidelijke patiënten is vroegtijdig overleg met inzo arts niet nodig.  
Vb demente, 85 jarige patiënt met polyproblematiek zal niet naar intensieve gaan bij achteruitgang. 40 jarige gezonde patiënt zal wel naar intensieve zorgen gaan bij ontstaan van mono respiratoir falen en geen tekens van multi-orgaan falen.  
  
Praktisch gezien lijkt het ons logisch dat er van bij opname voor iedere patiënt een DNR code wordt geregistreerd, zelfs al is deze DNR 0 en dat er in deze DNR code een

kort verslag van het eventuele overleg wordt weergegeven in het daartoe voorziene vak, zodat dit voor iedereen duidelijk en consulteerbaar is.

- c. Covid patient met voorafbestaand zorgplan: de reeds bestaande DNR wordt uiteraard overgenomen

### 3. Algemene bemerkingen

#### a. Assessment van patienten

- i. Ten allen tijden is het assessment er op gericht om disproportionele zorg zoveel mogelijk te vermijden. Indien van bij het begin duidelijk is dat de outcome slecht zal zijn, moet er geen intensieve zorg meer worden opgestart, zelfs al betreft het een jonge patient. Gezien dit over soms moeilijke beslissingen gaat, moet worden vermeden dat er telkens maar 1 arts die beslissing moet nemen, dit dient in overleg te gebeuren (cfr bovenstaande situaties, met wie het overleg best gebeurt). Ook is het aangewezen dat voor deze beslissingen richtlijnen of score systemen worden aangereikt zodat dit op een enigszins uniforme manier kan gebeuren.
- ii. Leeftijd an sich is geen criterium, uiteraard is de kans groter dat oudere patiënten meer comorbiditeit hebben die hun outcome beïnvloedt, maar dit kan beter ingeschat worden door naar frailty te kijken en niet naar leeftijd (vb clinical frailty score)
- iii. Bij oudere patiënten moet rekening gehouden worden met de cognitieve functie
- iv. Bij alle patiënten moet rekening gehouden worden met terminale oncologische ziekte, en ernstige chronische comorbiditeit zoals vb eindstadium orgaanfalen (dialyse, hartfalen, levercirrose...)
- v. Zelfs indien er in de beginperiode nog veel plaats is op intensieve zorgen, moet vermeden worden dat patiënten met een hoge kans op slechte outcome toch worden opgenomen worden op intensieve zorgen, want zij liggen daar dan misschien enkele weken, waardoor iemand anders met een betere outcome mogelijk geen plaats meer heeft. Gedurende het verblijf op intensieve zorgen moet op regelmatige tijdstippen geherevalueerd worden of het verderzetten van intensieve zorgen nog nodig of nuttig is.
- vi. Prioritaire behandeling van een patiënt boven een andere moet gebaseerd zijn op de medische urgentie
- vii. In geval er 2 patienten zijn met dezelfde urgentie en dezelfde mogelijk gunstige outcome en slechts 1 plaats voor intensieve zorg, zal er moeten worden beslist op basis van 'first come, first serve' of is het random (kop of munt). Natuurlijk dient op dat moment ook de mogelijkheid van transfer van de patiënt naar een ander centrum, waar er nog wel intensieve capaciteit zou zijn, te worden bekeken.
- viii. Nog moeilijker: bij plaatsgebrek: indien er zich een patiënt aanbiedt (spoed of via Covid hospitalisatie) met nood aan intensieve zorg maar goede kans op goede outcome, en er is een reeds aanwezige patiënt op intensieve zorgen waar de kans op slechte outcome veel hoger is, moet bekeken worden of deze reeds aanwezige patiënt plaats moet maken voor de patiënt met betere outcome, indien er geen mogelijkheid is om patiënt te transfereren.

- ix. Er moet sowieso een lage drempel zijn tot DNR 1, dus geen reanimatie in acute setting, omdat de kans op besmetting tijdens een reanimatie voor de zorgverlener zeer hoog ligt. Nood aan reanimatie sowieso al predictor van slechte prognose.
- b. Vroegtijdige start van dit triage systeem is aangewezen, en niet pas op het moment dat intensieve zorgen volledig vol ligt.
- c. Capaciteit voor intensieve zorgen moet zoveel mogelijk verhoogd worden, natuurlijk ook rekening houdend met inzetbaarheid van personeel. In dit opzicht is uitstel van alle niet dringende ingrepen, waarbij patiënt postoperatief nood zou kunnen hebben aan monitoring op intensieve zorgen, ook zeer belangrijk.  
Concreet is er een niet besmette INZO voorzien op de recovery Rumst en op de recovery Bornem, met telkens 4 bedden. Natuurlijk zal ook voor deze afdelingen het bovenstaande triage systeem zoveel mogelijk moeten worden toegepast.  
De besmette intensieve zorgen heeft een capaciteit van 8 bedden in Rumst en 6 bedden in Bornem, met aldaar nog mogelijkheid tot uitbreiding naar extra 6 bedden op recovery endo.
- d. Voor patiënten met een slechte outcome die niet meer naar inzo worden getriemd moet er uiteraard ook aandacht zijn voor kwaliteitsvolle zorg en in het bijzonder levenseinde zorg.
- e. Psychologische begeleiding voor de zorgverleners die deze soms moeilijke beslissingen dienen te nemen moet ter beschikking worden gesteld: de psychologische dienst van zowel campus Rumst als campus Bornem bouwt een recuperatieruimte uit, die 24/24 uur open zal zijn, waar medewerkers even op adem/ op verhaal kunnen komen (uiteraard in veilige omstandigheden), of zo gewenst een gesprek kunnen hebben met 1 van de psychologen overdag: psychologen blijven overdag telefonisch bereikbaar.